UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 41

UTILISATION D'UN MYORESOLUTIF EN RHUMATOLOGIE ET EN READAPTATION FONCTIONNELLE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

par

Jean-Paul LESME

MEMBRES DU JURY	MM. RUFFIE R.	*Président*
	RIEUNAU	*Assesseurs*
	POULHES	
	BESSOU	
	SOUQUET	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, rue de la Pomme
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0070

LESME (Jean-Paul). —

Utiilsation d'un Myorésolutif en Rhumatologie et en Réadaptation Fonctionnelle. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1962, in-8° (96 pages). —

(Thèse Médecine, Toulouse, 1962, n° 41).

LESME (Jean-Paul). —

Utiilsation d'un Myorésolutif en Rhumatologie et en Réadaptation Fonctionnelle. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1962, in-8° (96 pages). —

(Thèse Médecine, Toulouse, 1962, n° 41).

LESME (Jean-Paul). —

Utiilsation d'un Myorésolutif en Rhumatologie et en Réadaptation Fonctionnelle. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1962, in-8° (96 pages). —

(Thèse Médecine, Toulouse, 1962, n° 41).

LESME (Jean-Paul). —

Utiilsation d'un Myorésolutif en Rhumatologie et en Réadaptation Fonctionnelle. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1962, in-8° (96 pages). —

(Thèse Médecine, Toulouse, 1962, n° 41).

UTILISATION D'UN MYORESOLUTIF
EN
RHUMATOLOGIE
ET EN
READAPTATION FONCTIONNELLE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 41

UTILISATION D'UN MYORESOLUTIF EN RHUMATOLOGIE ET EN READAPTATION FONCTIONNELLE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

par

Jean-Paul LESME

MEMBRES DU JURY

MM. RUFFIE R. — *Président*

RIEUNAU — *Assesseurs*

POULHES — *Assesseurs*

BESSOU — *Assesseurs*

SOUQUET — *Suppléant*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, rue de la Pomme

1962

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
DOYEN	LAZORTHES
1er Assesseur	BLANC
2me ASSESSEUR	N...
Doyens honoraires	GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER
Professeurs honoraires	MM. RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NAN, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER, SC

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

	MM.		
Clinique médicale	MERIEL GADRAT	Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIE
		Anatomie	LAZORTHES
Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE P.	Anatomie appliquée	POULHES
		Anatomie pathologique	FABRE J.
Clinique chirurgicale et du Cancer.	GRIMOUD	Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	VIRENQUE	Chimie biologique	VALDIGUIE
		Electro-Radiologie	MARQUES
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX	Embryologie	BROUSSY J.
		Histologie	BIMES
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne..	MOREL	Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
		Médecine Légale et du Travail	PLANQUES
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ	Médecine Sociale	BOUNHOUR
		Parasitologie	BOUISSET
Clinique médicale infantile et Puériculture	SOREL	Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
		Pathologie générale et Médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	GERAUD	Physico-Chimie	AUVERGNAT
Clinique obstétricale	GUILHEM	Physiologie	LAPORTE Y.
Clinique odonto-stomatologique	N...	Physiologie appliquée et Pharmacologie	BAISSET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES	Physique biologique et médicale..	BUGNARD
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET	Propédeutique médicale	N...
Clinique rhumatologique	RUFFIE R.	Thérapeutique	DARDENNE
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA	Pathologie médicale	LAPORTE J.
Bactériologie	ENJALBERT (Mme)		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY	Physique médicale	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	BASTIDE	Parasitologie	RUFFIE J.
Anatomie pathologique	BOUISSOU	Pathologie expérimentale	GLEIZES
Anesthésiologie	LARENG	Physiologie	MONTASTRU
Carcinologie	ESTRADE		BESSOU
Histologie et embryologie	PLANEL	Physique médicale	COMMANAY

AGREGES

	MM.		MM.
Médecine générale	MONNIER RIBAUT DELAUDE CALAZEL RASCOL	Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
		Hydrologie	DENARD
		Médecine légale	GREZES-RUE
Chirurgie générale	ENJALBERT FICAT PASQUIE SOUQUET SARRAZIN	Obstétrique	ESPAGNO
		Odonto-Stomatologie	CADENAT H
		Pédiatrie	BARDIER

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS	Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Ophtalmologie	DEODATI	Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	DULUCQ-MATHOU (Mme)	Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	BOURBON	Pharmacie galénique	STANISLAS
Chimie pharmaceutique	BLANC	Zoologie	ROUX
Matière Médicale	VINCENT		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie ..... COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences Naturelles ..... CAUJOLLE (Mme)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	BREUILLAUD	Sciences Physiques	PITET
Toxicologie	BROUSSY J.		

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	ROCHE	Secrétaire	BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération du 12 mai 1891)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa vie trop courte restera pour moi un modèle inoubliable de sacrifice, de travail, de bonté et d'amour.

A MA MERE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS

ET A MON BEAU-FRERE JACQUES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur R. RUFFIE

Professeur de Clinique Rhumatologique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux.

Nous garderons un vif souvenir de l'enseignement qu'il nous a prodigué.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu accepter de présider notre Jury de Thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

A Monsieur le Professeur G. RIEUNAU

Professeur de Clinique traumatoligique des membres.
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous garderons, au cours de notre carrière médicale, le souvenir de son enseignement pratique.

Nous le remercions vivement d'avoir accepté de siéger à notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur J. POULHES

Professeur d'Anatomie appliquée,
Chirurgien des Hôpitaux.

qui a bien voulu nous faire l'honneur de siéger au Jury de cette Thèse.

Son précieux enseignement restera pour nous un souvenir durable.

A Monsieur le Professeur BESSOU

Maître de Conférences, Agrégé de Physiologie.

Nous le remercions pour l'intérêt qu'il a témoigné à l'égard de ce travail et pour son précieux concours.

A Monsieur le Professeur R. SOUQUET

Professeur Agrégé.

Nous le remercions d'avoir accepté de siéger à notre Jury de Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A MON BEAU-FRÈRE, LE DOCTEUR ANDRIEU

En reconnaissance du soutien qu'il a été pour moi en toutes circonstances.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUQ

Attaché au Centre Hospitalier,
Spécialiste qualifié du Service de Rhumatologie
de l'Hôpital de Lavaur.

pour sa participation active à ce travail et pour ses conseils éclairés. Qu'il reçoive ici la marque de ma profonde gratitude.

A MADAME M.-R. AILLOS

Surveillante du Service de Rhumatologie
de l'Hôpital de Lavaur.

Nous lui adressons nos vifs remerciements pour le concours qu'elle a bien voulu apporter à ce travail.

PLAN

Introduction.

Chapitre I :
LA CONTRACTURE MUSCULAIRE
Etude physiopathologique.

Chapitre II :
LE PRODUIT ETUDIE.
— Pharmacologie.
— Posologie utilisée.
— Tolérance.
— Associations possibles.

Chapitre III :
LES OBSERVATIONS.

Chapitre IV :
ANALYSE DES RESULTATS.

Chapitre V :
INDICATIONS DE LA CHLORMETAZONONE (*)
EN RHUMATOLOGIE.

Conclusion.

Bibliographie.

(*) Commercialisée par les Laboratoires Winthrop sous le nom de TRANCOPAL.

INTRODUCTION

« La contracture musculaire occupe une place importante en rhumatologie. D'intensité variable selon les affections, elle intervient souvent de manière appréciable dans la limitation des mouvements, conjointement aux lésions mécaniques ostéo-articulaires ou inflammatoires synoviales.

« En outre, cette mise en tension permanente des muscles péri-articulaires conditionne en partie les douleurs observées lors de l'atteinte de certaines articulations des membres et de la colonne vertébrale. De plus, la persistance de la contracture prolonge parfois l'évolution de l'affection, alors même que l'atteinte initialement articulaire a régressé. »

Ainsi s'exprimaient, en 1951, LAYANI, ROESER et WATTEBLED.

La découverte et l'utilisation, sur une grande échelle, au cours de ces dernières années, de médicaments à visée anti-inflammatoire (dérivés cortisoniques et phénylbutazone), l'utilisation de plus en plus importante des effets anti-algiques, anti-inflammatoires et anti-thermiques des dérivés salicylés laissaient persister un vide dans l'arsenal des thérapeutiques anti-rhumatismales.

La nécessité d'avoir à sa disposition un myorésolutif efficace et sans effet tranquillisant ne faisait depuis longtemps aucun doute. Il est, en effet, indispensable, au cours d'un traitement de différentes affections rhumatismales, de supprimer ou d'éliminer dans une large mesure les contractions musculaires. Si cette contracture musculaire a pu être, en effet, dans certains cas, qualifiée de « salutaire », sa persistance, au cours de l'évolution et du traitement de certaines affections rhumatismales, est une lourde gêne dans l'obtention d'un bon résultat thérapeutique.

Les affections rhumatismales rachidiennes, lombaires et cervicales s'accompagnent de façon quasi constante de contractures musculaires. Ce sont les lombalgies et les lombosciatiques qui constituent, en effet, le plus important pourcentage de nos observations. Les autres maladies rhumatismales (la coxarthrose en particulier) comportent, elles aussi, très fréquemment, au cours de leur évolution, une composante musculaire importante.

Dans la coxarthrose, l'importance des facteurs musculaires a permis de concevoir et de réaliser des interventions chirurgicales aux résultats efficaces ne portant que sur les éléments musculaires.

Les rhumatismes ab-articulaires, eux aussi, comportent une composante musculaire.

Il est certain, d'autre part, qu'au cours de la rééducation fonctionnelle des atteintes post-traumatiques ou post-opératoires du rachis et des membres, il existe des perturbations du tonus musculaire néfastes à la mise en œuvre de thérapeutiques rééducatives correctes.

CHAPITRE PREMIER

LA CONTRACTURE MUSCULAIRE

Etude physiopathologique

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE SUR LE TONUS MUSCULAIRE

Définition :

La contracture n'est que l'exagération pathologique du tonus musculaire.

Le tonus musculaire est un état de contraction permanente et légère des muscles.

Chez un sujet, pour une situation fixée, un nombre déterminé de groupes musculaires présente un tonus d'intensité constante et différente suivant la fonction du groupe considéré.

Cette contraction tonique est le résultat d'une contraction rythmique d'un certain nombre d'unités motrices constituant le muscle. Cette activité étant asynchrone, la force résultante est constante. L'ampleur de cette force est conditionnée :

1°) par le degré de fréquence des contractions rythmiques qui permet le développement d'un tétanos plus ou moins parfait ;

2°) par le nombre des unités motrices mises en jeu.

Il n'y a aucune différence de nature entre contraction tonique et phasique.

L'ensemble de ces activités musculaires représente le tonus de posture, ainsi appelé parce qu'il sert à maintenir une position particulière du corps.

Il n'y a aucune différence de nature entre ce tonus et le tonus d'équilibration, seul le but diffère, le tonus d'équilibration étant destiné à rétablir une posture compromise.

Pour mettre en évidence ce phénomène, il suffit de reproduire l'expérience classique suivante : La section transversale d'un muscle sur l'animal vivant amène la rétraction des deux bouts.

Le tonus musculaire est d'origine nerveuse. Il disparaît après section du nerf moteur. Il est dû à l'activité rythmique continue d'un certain nombre de motoneurones constituant le noyau moteur du muscle considéré ; la fréquence du rythme de décharge et le nombre de motoneurones actifs sont proportionnels à l'intensité du tonus musculaire.

La découverte de l'origine nerveuse du tonus remonte à 1860 ; on la doit à Brondgeest.

L'activité des motoneurones n'est pas automatique, elle est la conséquence d'actions réflexes ou centrales qui s'exercent sur le noyau moteur ; les unes sont excitatrices, les autres sont inhibitrices ; à chaque instant la somme des actions est effectuée et la réponse donnée en fonction de cette somme, ce qui explique les variations dans le nombre des motoneurones actifs et dans la fréquence de décharge de ces motoneurones. Cette fonction intégratrice du système nerveux est la conséquence des propriétés des synapses mises en jeu dans ces actions nerveuses.

*
* *

Quelles sont les principales actions réflexes qui s'exercent sur le motoneurone et contribuent à déterminer son degré d'activité ?

Suivant la situation et la nature des récepteurs qui leur donnent naissance, on peut individualiser :

1°) Les actions réflexes provenant des extérocepteurs et des propriocepteurs des membres et du tronc. Certaines de ces actions réflexes, et non des moindres, prennent naissance à partir de récepteurs situés dans le muscle même dont on envisage le tonus.

a) L'activation des fuseaux neuromusculaires proportionnelle au degré d'élongation du muscle entraîne, par voie réflexe monosynaptique, l'excitation des motoneurones du muscle. C'est la base fonctionnelle du réflexe myotatique décrit et étudié par LIDDEL et SHERRINGTON. Le niveau d'activation des fuseaux neuromusculaires est réglé par le niveau d'activité tonique des motoneurones qui innervent l'appareil neuromusculaire et sont contenus dans le récepteur lui-même.

b) L'activation des organes tendineux de golgi proportionnelle à l'accroissement de la tension du muscle entraîne, par voie réflexe disynaptique, l'inhibition des motoneurones du muscle.

2°) Les actions réflexes provenant des récepteurs articulaires du cou.

3°) Les actions réflexes provenant des récepteurs labyrinthiques.

*
* *

Les actions centrales qui s'exercent sur le motoneurone et contribuent à régler son degré d'activité proviennent de différentes parties de l'encéphale :

1°) De la tige cérébrale prenant naissance dans la formation réticulée dont on a montré la dualité fonctionnelle, une partie étant inhibitrice, l'autre facilitatrice ;

2°) Des noyaux gris centraux ;

3°) De certaines aires corticales ;

4°) Du cervelet.

*
* *

RAPPEL SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE ET LES BASES THERAPEUTIQUES DE LA CONTRACTURE

La contracture peut être la conséquence :
— soit d'un accroissement des influences facilitatrices sur le motoneurone,
— soit d'une diminution des influences inhibitrices.
Elle peut être le fait :

— soit d'un dérèglement des actions centrales,
— soit d'un dérèglement des actions réflexes.

Un seul mécanisme est rarement en cause.

La contracture consécutive à des stimulations nociceptives, par exemple, comme la plupart de celles qu'on observe en rhumatologie, ont un déterminisme mixte, à la fois réflexe et à la fois central par activation du système réticulaire facilitateur.

*
* *

Les points d'attaque des décontracturants utilisés en thérapeutique pourront être multiples. Leur action pouvant s'exercer :

1°) Au niveau de l'unité motrice elle-même ;

2°) Au niveau des récepteurs générateurs des réflexes toniques musculaires ;

3°) Au niveau des centres qui contribuent au contrôle du tonus musculaire ;

4°) Au niveau des articulations synaptiques.

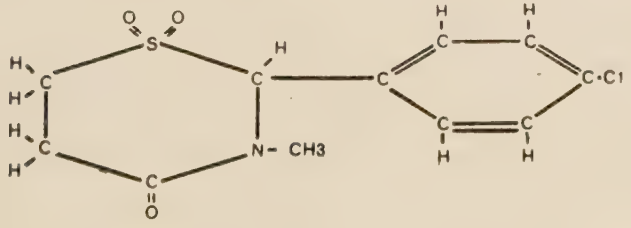
CHAPITRE II

LE PRODUIT ETUDIE

Posologie – Tolérance Associations possibles de la Chlorométhazonone

Depuis plusieurs années, après la vogue connue par les tranquillisants, est apparue la nécessité de posséder un myorésolutif n'ayant pas ou peu de propriété tranquillisante et permettant, de ce fait, un traitement ambulatoire et même la continuation des activités professionnelles du patient.

Chimiquement, la drogue étudiée appartient au groupe de la chlorméthazonone et possède la formule développée suivante :



Sa structure montre bien qu'elle appartient à une série pharmacologique entièrement nouvelle et jusqu'ici inexplorée, très différente des autres corps décontractants connus comme :

— le procalmadiol,
— la zoxazolamine,
— le méthacarbanol.

Du point de vue pharmacologique, le mécanisme d'action des décontracturants et les centres exacts sur lesquels ils agissent sont pour la plupart inconnus, mais l'expérimentation animale a fourni cependant quelques renseignements à ce sujet (1).

Nous avons vu au chapitre précédent que la contracture correspond à une lésion ou une irritation des voies de contrôle. Ces voies de contrôle sont les suivantes :

1°) Le cortex moteur et plus particulièrement les aires 4 — 4S et 6 de Bradmann ;

2°) Les voies corticomédullaires pyramidales et extrapyramidales ;

3°) Les formations annexées à ces voies, formations souscorticales cérébelleuses et surtout réticulaires ;

4°) La synapse médullaire ;

5°) Le nerf moteur ;

6°) La jonction neuromusculaire et la plaque motrice ;

7°) Le muscle lui-même.

Toutes les substances agissant aux étages supramédullaires (1° - 2° - 3°) comportent une action nettement tranquillisante, tandis que la chlorméthazonone agit à l'étage médullaire, ne diffusant que très peu sur les formations du tronc cérébral, sauf s'il est administré à forte dose.

A l'étage médullaire, un lieu d'action beaucoup plus limité a été encore précisé par l'expérimentation sur le chat.

En effet, cette drogue n'agit pas sur l'arc réflexe élémentaire monosynaptique mais, par contre, elle inhibe le réflexe polysynaptique : expérimentalement, inhibition chez le chat du réflexe controlatéral.

Donc il semble que l'action de la chlorméthazonone soit localisée aux doses usuelles à la synapse du neurone intercalaire et du neurone d'association.

La chlorméthazonone est un myorésolutif sans effet secondaire aux doses usuelles.

---

(1) Expérience des laboratoires WINTHROP aux U.S.A.

Son mode d'action est peut-être encore un peu indéterminé, on peut dire toutefois, sans en être certain, qu'elle agit en déprimant le potentiel de dépolarisation des synapses des neurones intercalaires.

Sa vitesse d'action par voie orale est de l'ordre de 30 minutes et se maintient environ pendant 6 heures.

Posologie - Tolérance :

De l'étude de nos observations, il ressort que la dose usuelle est de 3 à 5 comprimés, mais la grande maniabilité du produit permet au praticien d'adapter une posologie à chaque cas particulier.

On peut, en effet, augmenter les doses jusqu'à 8 à 9 comprimés avec quelques inconvénients au-dessus de 5 comprimés, mais ce n'est qu'à 8 à 9 comprimés que l'on constate de légers troubles toujours réversibles. Il y a lieu, dans ces cas-là, d'adapter la posologie en la diminuant, ce qui permettra de conserver l'effet myorésolutif tout en supprimant les inconvénients mineurs du surdosage.

Parmi ces inconvénients, il a été signalé par ordre de fréquence :

— de la somnolence, surtout à dose assez forte,
— des nausées,
— des vertiges,
— des céphalées légères,
— des bouffées de chaleur,
— de l'anoréxie associée à une sécheresse de la bouche.

Sur 70 malades traités par cette drogue, au centre de Lavaur, un malade se plaignit de bouffées de chaleur, 3 autres d'une accentuation très nette des vertiges préexistants au traitement. Le pourcentage des incidents thérapeutiques que l'on a pu constater a donc été de 5,7 %. Dans notre série de malades, la prise de la tension artérielle a toujours montré des chiffres bas.

Nous n'avons pas constaté pourtant de chute de tension artérielle pendant le traitement.

Associations thérapeutiques :

Au cours de notre travail, nous avons employé ce médicament

— pour la plupart des malades, à la dose classique de 3 à 4 comprimés,

— pour quelques cas, signalés d'ailleurs, à des doses beaucoup plus importantes.

En principe, toutes les associations sont possibles, sans inconvénient. Au centre de rééducation de Lavaur, il est possible de le constater à la lecture des observations, nous avons associé la chlormétazonone :

— à l'aspirine à des doses variant de 0,50 g à 3 g par jour,

— au 7044 RP à la dose de 25 à 50 milligr. par jour,

— aux vitamines des groupes B et C.

Le traitement médical est associé à un traitement physio-kinésithérapique approprié à chaque groupe d'affection, sur lesquelles nous reviendrons dans l'analyse des observations.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS (*)

Pour faciliter secondairement l'étude analytique des 70 observations que nous rapportons et les résultats obtenus, nous avons classé celles-ci en trois rubriques différentes, à savoir :

— LOMBOSCIATIQUES et LOMBALGIES.
— COXARTHROSES,
— AFFECTIONS RHUMATISMALES DIVERSES.

LOMBOSCIATIQUES et LOMBALGIES

Observation N° 1.

L... André, 42 ans. Employé S.N.C.F.
Lombosciatique.
Père décédé d'accident diabétique.

(*) Les observations rapportées dans ce travail concernent des malades suivis à la Clinique Rhumatologique de la Faculté de Médecine de Toulouse, Professeur R. Ruffié, et dans le Service de Rhumatologie de l'Hôpital de Lavaur.

Mère rhumatisante.

Le malade se plaint de douleurs lombaires depuis trois ans, avec impulsion à la toux avec irradiations dans les deux jambes vers les gros orteils. Egalement douleurs dans la hanche

A l'examen :

Léger déséquilibre du bassin vers la gauche.

Doigt-sol : 30 cm.

Inflexions latérales très diminuées et réveillant un point douloureux fessier supérieur droit.

On note également un point douloureux para-épineux sur L5.

Hanches normales.

Réflexes normaux.

Contracture lombaire légère et bilatérale.

Schwostek positif.

A la radio :

Discopathie L4 - L5 avec hydrophilie des deux disques susjacents.

Evolution :

Progrès sensible mais très lent du fait de l'état névropathique du malade.

Observation N° 2.

R... Tarcisio, 54 ans. Agriculteur.

Lombosciatique récidivante.

Histoire de la maladie : Première atteinte en 1940, avec six rechutes depuis, toujours à gauche et de type L5.

Dernière rechute il y a trois mois.

A l'examen :

Contracture lombaire para-vertébrale bilatérale.

Pas de Lasègue.

Pas de signe de la toux.

Dynamique vertébrale diminuée.

Evolution :

Excellent résultat au bout de trois semaines de traitement.

Observation N° 3.

G... Alphonse, 46 ans. Cimentier.

Lombosciatique accident du travail.

Antécédent : Typhoïde en 1937.

Accident de voiture en 1959 avec perte de connaissance pendant 10 minutes, traumatisme cranien (temporal gauche et cervical). Séjour à Purpan pendant trois semaines.

Histoire de la maladie : Le 7 octobre 1961, douleur lombaire violente en déchargeant un sac de ciment et en faisant un violent effort pour soutenir le sac qui tombait en arrière.

A l'examen :

La douleur est localisée à la colonne lombaire et n'irradie pas.

Attitude en hyperlordose lombaire.

Contracture para-vertébrale bilatérale des masses lombaires.

Hanches normales.

Lasègue à 60 degrés à gauche.

Réflexes normaux, cependant plus vifs à gauche.

A l'examen général :

On note un gros ganglion de la chaîne jugulaire droite et axillaire.

Une rate percutable.

Une température irrégulière.

La biopsie d'un des ganglions ne révèle rien de particulier.

A la radio :

Spondylolysthesis L5.

Evolution :

Quitte le service très amélioré, sans contracture, mais avec avec encore quelques douleurs résiduelles. Porte un lombostat.

Observation N° 4.

D... Roger, 37 ans. Cultivateur.

Lombosciatique gauche.

Apparition subite de la lombosciatique gauche en janvier 1961 sans, cependant, notion d'effort. Le malade marchait. En quatre à cinq jours, la douleur dans la jambe gauche se précise en prenant une topographie L5 avec un signe de la toux fortement positif. Tout ceci cède spontanément avec du repos au bout de quelques semaines.

En septembre 1961, toujours sans notion d'effort, apparition subite d'une nouvelle crise de sciatique gauche L5.

A l'examen :

Mauvaise sangle abdominale.
Cyphoscoliose à concavité dorsale gauche.
Rectitude du segment lombaire.
Doigt-sol à 30 cm.
Pas de Lasègue.
Réflexes normaux.

A la radio :

Discopathies L4 - L5 et L5 - S1.

Evolution :

Très bons résultats.

Observation N° 5.

A... René, 49 ans. S.N.C.F.
Lombosciatique accident du travail.
En 1952, accident du travail. chute dans un escalier, avec
— une entorse de la cheville gauche,
— une fracture du plateau tibial gauche,
— un important traumatisme de la hanche gauche.
Arrêt de travail pendant neuf mois.

En 1959, sciatique gauche apparue progressivement, la douleur ne dépassant pas le mollet. Guérison en 12 à 15 jours avec comme traitement repos, massages et deux élongations.

En décembre 1961, lombosciatique gauche avec une douleur à topographie identique non calmée par le même traitement qu'en 1959. Entre, de ce fait, au centre de Lavaur.

A l'examen :

Sur la jambe accidentée (la gauche) on note une atrophie du quadriceps, et les mouvements de flexion du genou sont très limités.

Sur la jambe droite, on note des phénomènes paresthésiques (picotements) sur la partie externe de la cuisse.

Au point de vue vertébral :

Flexion et extension très bonne.

Inflexions latérales bonnes, mais avec une certaine raideur de la colonne lombaire.

Signe de la toux positif.

Lasègue à 75°.

Réflexes vifs à gauche.

A la radio :

Déséquilibre du bassin avec scoliose lombaire et discopathies étagées.

Evolution :

Quitte le service très amélioré au bout d'un mois.

Observation N° 6.

M... Mathieu, 41 ans. S.N.C.F.

Lombalgie avec irradiation sciatique gauche.

Long séjour sous les drapeaux.

On ne note pas cependant d'urétrite, ni de conjonctivite, ni de paludisme.

En 1961, opération de varices à droite.

Il y a trois ans, lombosciatique gauche apparue progressivement. A ce moment-là, ce malade a été hospitalisé à Purpan, puis à Lavaur. Après deux mois et demi de traitement, guérison complète, mais on notait un léger signe de la toux.

Il y a trois semaines, rechute identique, mais la douleur sciatique est moins accentuée et elle n'irradie que jusqu'au genou gauche. Le signe de la toux est très marqué.

A l'examen :

Statique :

Léger déséquilibre du bassin vers la gauche.

Légère contracture lombaire.

Dynamique :

Très bonne, mais réveillant une douleur lombaire aux inflexions latérales.

Pas de Lasègue.

Réflexes normaux.

Hanches normales.

A la radio :

Léger déséquilibre du bassin vers la gauche.

Colonne lombaire normale.

Evolution :

Résultat moyen, le malade se plaisant dans sa maladie.

Observation N° 7.

Y... Mario, 35 ans. Agriculteur.

Lombalgie plus sciatique bilatérale.

Antécédents :

Poliomyélite dans l'enfance avec paralysie du bras droit.

Brûlure du visage en tombant sur une cuisinière.

Gastro-entérite à l'âge de 11 ans.

En 1958, aurait présenté une décalcification (?) de deux vertèbres avec un état général très déficient. Ce malade reste dans une coquille plâtrée pendant trois mois dans une immobilité complète, puis, pendant trois mois encore, il porte un corset plâtré. On note alors une nette amélioration mais, depuis, ce malade se plaint de douleurs dans la colonne lombaire, persistantes, avec irradiation dans les deux jambes jusqu'aux chevilles.

A l'examen :

Statique :

Sequelle de polio au niveau de la main droite (perte de l'opposition).

Léger déséquilibre du bassin vers la droite.

Scoliose lombaire à concavité gauche.

Disparition de la lordose lombaire physiologique.

Contracture lombaire bilatérale.

Dynamique :
Doigt-sol 20 cm.
Inflexions latérales très diminuées.
Douleurs à la pression des corps vertébraux de L4 - L5 et des articulations sacro-iliaques.
Pas de signe de la toux.
Lasègue bilatérale 60°.
Hanches normales.

Evolution :
Bon résultat.

Observation N° 8.

A..., 62 ans. Mégissier.
Lombosciatique.
Perte accidentelle de l'œil droit à l'âge de 17 ans.
Lombalgie avec irradiation sciatique droit depuis six mois, apparue très progressivement.

A l'examen :
Statique :
Mauvaise paroi abdominale.
Colonne vertébrale normale.
Dynamique lombaire : très limitée.
Doigt-sol à 40 cm.
Inflexions latérales limitées et douloureuses.
Contracture lombaire bilatérale.
Pas de Lasègue.
Réflexes normaux.
Limitation des mouvements des deux hanches.

Examen général :
T.A. 17-9.
F.O. normal.
B.W. négatif.

A la radio :
Discopathies étagées sur la colonne lombaire.
Coxarthrose bilatérale.

Evolution :

Bonne amélioration de la lombalgie et des douleurs des deux hanches, mais pas de progrès au point de vue dynamique.

Observation N° 9.

V... Albert, 39 ans. S.N.C.F.

Lombosciatique, accident du travail.

Ce malade a été renversé par une voiture en allant à son travail. Quelques jours après, début brutal de sa lombalgie en tournant un aiguillage.

A l'examen :

Contracture lombaire bilatérale.

Pas de signe de la toux.

Statique normale.

Dynamique très diminuée : doigt-sol 30 cm.

Lasègue à 45° à gauche.

Evolution :

Très bon résulat.

Observation N° 10.

S... Jacques, 40 ans. Ferrailleur, Lardenne.

Lombosciatique gauche S1.

Antécédent : 1960, sciatique aiguë par hernie discale, opéré, mais rechute depuis le 15 décembre 1961.

A l'examen :

Attitude antalgique.

Très mauvaise paroi abdominale.

Aucun mouvement n'est possible car la douleur est très importante.

Lasègue à 10°.

Réflexe à gauche achiléen nul, rotulien normal à droite.

Evolution :

Echec complet du traitement. Une radiculographie au

méthiodal ne permet cependant pas de constater l'existence de hernies discales et l'échec thérapeutique semble dû à une importante composante psychopathique.

Observation N° 11.

J... François, 49 ans. Maçon.

Lombosciatique gauche.

Ulcus gastrique en 1957, 1959. Depuis ne souffre plus.

A souffert très souvent de lombalgie mais jamais de façon aiguë.

En octobre 1961, en travaillant, mais sans notion d'effort, le malade ressent une douleur lombaire gauche avec irradiation dans la cuisse et dans la jambe de type L5. Il reste une semaine au lit, il ne souffre jamais la nuit, il n'a pas de signe de la toux.

A l'examen :

Sujet longiligne.

Doigt-sol 25 cm.

Inflexion latérale diminuée à gauche.

Légère diminution des mouvements de la hanche gauche.

Réflexes normaux.

Evolution :

Quitte le service très amélioré.

Observation N° 12.

P... Gabriel, 31 ans. Maçon.

Lombosciatique, accident du travail.

En août 1960, lombalgie d'effort avec irradiation dans la jambe gauche quelques jours plus tard. Sa topographie est de type L5. Le signe de la toux et le Lasègue disparaissent complètement au bout d'un mois.

En juin 1961, douleur de même type, mais sans effort cette fois-ci. Amélioration passagère avec deux élongations.

En novembre 1961, seconde rechute avec une douleur dans les deux jambes de type L5, avec signe de la toux très marqué. Entrée à ce moment-là à Lavaur.

A l'examen :

Dynamique vertébrale très diminuée, surtout dans le mouvement de flexion, l'extension est bonne.

Il n'y a pas de Lasègue.

Les réflexes sont normaux.

A la radio :

Spondylolistésis de L5 avec images de discopathies susjacentes.

Evolution :

Très bonne amélioration à la fin du traitement.

Observation N° 13.

B... Guy, 40 ans. S.N.C.F.

Lombosciatique droite.

Opération du genou droit en Autriche, resté deux mois à l'hôpital.

A 35 ans, première sciatique à droite sans notion d'effort et durant deux mois. Guérison complète avec seulement quelques paresthésies résiduelles.

En 1961, rechute sans notion d'effort, commençant par une courbature pendant quelques jours, puis subitement douleur sciatique droite de type L5, très facilement calmée par du repos et des massages.

En novembre 1961, douleur aiguë au mollet droit et, très rapidement, apparition d'une sciatique toujours à droite, avec douleur diffuse sur tout le trajet du nerf, avec des points douloureux précis sur la cuisse et sur la malléole externe. Le malade ressent en même temps des fourmillements et des sensations d'endormissement du pied.

A l'examen :

Sujet pléthorique avec très mauvaise paroi abdominale.

Tous les mouvements de la colonne lombaire sont normaux.

Lasègue à 10°.

Réflexes très vifs des deux côtés.

Evolution :

Très bon résultat ; seules demeurent quelques paresthésies dans la jambe lorsque le malade quitte le service.

Observation N° 14.

S... Germain, 43 ans. Cultivateur.

Lombosciatique gauche.

Il y a deux ans, le malade reste trois semaines au lit pour lombosciatique gauche apparue progressivement en huit jours. Depuis le 1er janvier existe aussi une douleur lombaire.

Ce malade a été traité par physiothérapie, puis par radiothérapie. Légère amélioration qui ne dure pas ; il entre à Lavaur à ce moment-là.

A l'examen :

Statique :

Cyphoscoliose.

Contracture para-vertébrale droite.

Dynamique : très limitée en général avec douleur de type SI.

Lasègue à 75°.

Réflexes normaux.

Séro-Malte négatif.

A la radio :

Déséquilibre du bassin de 8 mm vers la gauche.

Discopathies L4 - L5 et L5 - S1.

Evolution :

Sort très amélioré, avec une talonnette pour corriger son déséquilibre et un lombostat. Seules persistent quelques douleurs paresthésiques de la jambe.

Observation N° 15.

F... André, 44 ans. Conducteur de machines agricoles.

Lombosciatique droite.

En 1961, en faisant un effort violent, douleur lombaire avec irradiation dans la jambe droite de type L5 apparue 24 heures après. Cette douleur est très importante au lit. On note une amélioration rapide après un traitement de quinze jours, puis rechute brutale et hospitalisation à Lavaur.

A l'examen :

Statique : Normale.

Atrophie et hypotonie du quadriceps et du triceps srural droits.

Dynamique : Mobilité vertébrale correcte.

Les mouvements de la hanche droite sont très légèrement limités.

Réflexe rotulien droit absent.

Rate palpable et percutable.

Inégalité pupillaire. B.W. négatif.

A la radio : Spondylolisthésis L5 - S1.

Evolution : Sort très amélioré avec un lombostat.

Observation N° 16.

C... Fernand, 38 ans. Chauffeur de poids lourds.

Lombosciatique gauche.

Sujet originaire d'Algérie.

En soulevant un sac, le malade ressent une violente douleur lombaire avec irradiation sciatique gauche sans signe de la toux, mais il souffre la nuit au repos.

Hospitalisé 21 jours à Purpan, en médecine Nord, l'amélioration est sensible, mais il rechute dès sa reprise de travail et rentre alors à Lavaur.

A l'examen :

La statique est bonne.

Au point de vue dynamique :
L'extension est bonne, les inflexions latérales aussi.
Bon déroulement de la colonne lombaire.
Pas de contracture lombaire.
Lasègue à 55°.
La sensibilité est normale et la topographie de la douleur est de type L5.

Evolution :

Quitte le service très amélioré, mais après avoir fait une rechute pendant son séjour, à l'occasion d'une permission de deux jours passée chez lui.

Observation N° 17.

P... Albert, 24 ans. Manœuvre.
Lombosciatique, accident du travail.

Le 31 mai 1961, le malade fait un effort en déplaçant une bille de bois. Aussitôt, violente douleur lombaire ; trois semaines plus tard, irradiation sciatique de type S1 dans la jambe gauche. Aussi bien le jour que la nuit, mais sans signe de la toux. Ce malade est amélioré par des élongations et des massages, mais de façon insuffisante, et rentre pour cette raison à Lavaur pour un mois.

A l'examen :
Mauvaise paroi abdominale.
Inflexions latérales très diminuées.
Doigt-sol 20 cm.
Réflexes normaux.
Pas de Lasègue.

A la radio : Pincement du disque L5 - S1.

Evolution :

Très bonne amélioration ; le malade accuse simplement des crampes musculaires,

Observation N° 18.

J... Georges, 38 ans. Ouvrier spécialisé.

Lombosciatique droite plus séquelles opératoires.

En 1945, chute de 7 m déclanchant une crise de lombalgie, puis, 19 jours après, une lombosciatique gauche devenant bilatérale en 1948.

En 1951, reprise du travail avec un lombostat.

En 1961, reprise des douleurs dans le membre inférieur droit et dans la colonne lombaire.

A l'examen. A l'entrée à Lavaur, ce malade présente :

Des douleurs fessières droites (face postérieure de la cuisse droite jusqu'au genou, augmentant à la marche).

Des douleurs à la pression des masses lombaires paravertébrales qui sont légèrement contracturées ; ces douleurs sont augmentées à la toux et à l'éternuement.

Le doigt-sol est à 40 cm et est très douloureux.

Les inflexions latérales sont assez bonnes.

L'hyperextension n'est pas douloureuse.

Lasègue à droite à 60.

Les réflexes sont abolis à droite.

Abolition de la sensibilité superficielle du membre inférieur droit et du pied gauche et de la sensibilité profonde du pied droit.

Troubles trophiques du gros orteil droit.

Evolution :

Amélioration incomplète ; il n'existe plus de Lasègue et la souplesse rachidienne est meilleure.

Observation N° 19.

C... Joseph, 52 ans. Ouvrier agricole.

Lombosciatique droite.

Il y a quinze ans, hydarthrose du genou très vite résorbée sans traitement ni ponction.

Rapatrié après onze mois de captivité.

Il y a trois ans environ, il reçoit une branche sur la région lombaire gauche. Il continue son travail, mais, quelques jours plus tard, au lever, il ressent une violente douleur lombaire droite.

Il n'a jamais repris son travail depuis et garde un psychisme très particulier.

En février 1961, en fendant du bois, violentes douleurs lombaires l'empêchant de se relever, avec une irradiation dans le mollet droit. Il est hospitalisé et traité à Toulouse, mais sans aucun résultat à ses dires, et entre alors à Lavaur.

A l'examen :

Pied creux.

La mobilité de la colonne lombaire légèrement diminuée.

Il y a une certaine raideur au déroulement.

Il n'y a pas de limitation des hanches.

Pas de Lasègue.

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes normaux.

Evolution :

L'amélioration est très nette, à son départ, du point de vue organique, mais encore il présente des troubles du sommeil. Ce malade continuera à souffrir jusqu'au moment où il aura trouvé un toit avec un petit emploi.

Observation N° 20.

F... Armand, 36 ans. Conducteur de tracteur.

Lombosciatique gauche.

En 1956, sciatique gauche qui a duré quinze jours, sans arrêt de travail ni repos.

En 1961, le 25 juillet, le malade reste complètement impotent à la suite d'une sciatique apparue progressivement depuis avril. Ce malade était dans l'impossibilité totale de se lever. Il a pris alors du cortancyl pendant un mois avec un très bon résultat, mais il porte depuis un lombostat, car la guérison n'est pas complète.

A l'examen :

La statique, ainsi que la dynamique vertébrale, sont bonnes.

Il existe tout de même une légère contracture des masses lombaires.

Il n'y a pas de Lasègue et les réflexes sont normaux.

Evolution :

Très bon résultat.

Observation N° 21.

M... Jean, 42 ans. S.N.C.F.

Lombosciatique gauche.

En 1942, lumbago d'effort qui dure une semaine. deux autres récidives identiques par la suite.

En 1961, en soulevant un arbre, ce malade ressent une douleur lombaire ; trois jours plus tard, cette douleur descend dans la cuisse et dans le mollet. Le signe de la toux est très marqué. La marche est difficile. Après un repos de huit jours. il existe une très bonne amélioration, mais, un matin, il se réveille avec une sciatique du type S1 qui le cloue au lit pendant deux mois. Après hospitalisation à Purpan. il est dirigé sur le centre de Lavaur.

A l'examen :

Importante attitude en Z.

Mauvaise sangle abdominale.

Le signe de la toux est très atténué.

La douleur n'existe plus au repos complet.

Le Lasègue est à 50° et il existe un petit Lasègue contro-latéral.

Les réflexes sont normaux.

A la radio :

Scoliose lombaire avec déséquilibre du bassin. mais pas de signes discaux.

Evolution :

Après le traitement, les progrès sont très nets, mais il

reste tout de même quelques douleurs en salve à type de crampes à la marche.

Observation N° 22.

B... Jean-Paul, 42 ans. Cultivateur.

Lombosciatique a répétition.

Réformé pour rhumatismes (lombalgie). Depuis souffre continuellement. Mais, depuis un an, une sciatique apparaît tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt les deux jambes en même temps. Le malade déclare souffrir, d'autre part, de douleurs cervicobrachiales. Actuellement, les douleurs lombaires dominent.

A l'examen :

Colonne lombaire peu mobile.
Inflexions latérales nulles.
Doigt-sol 30 cm.
Colonne cervicale limitée et très douloureuse.
Pas de limitation de mouvement des hanches.
Lasègue à 70°, l'on note une contracture lombaire droite.
Intra-dermo réaction à la mélitine très fortement positive.

A la radio :

Image très importante de sacro-iléite mélitococcique.
Pincement discal L4 - L5 avec rétrolystésis de L4.
Pincement discal des D10 - D11.

Evolution :

Le malade a très certainement présenté une mélitococcie dont l'évolution est à surveiller. Malgré tout, le traitement symptomatique a été bénéfique.

Observation N° 23.

J... Georges, 29 ans. Manœuvre.

Lombosciatique gauche, accident du travail.

En 1959-60, deux crises de lombosciatique ont nécessité

un arrêt de travail de trois mois avec une guérison complète. Le 24 juin 1961, accident du travail : chute sur la colonne lombaire de sa hauteur. Depuis cette date, le malade souffre de lombalgie avec parfois, dans la jambe et le pied gauches, des fourmillements et des picotements.

N'a jamais repris son travail depuis.

A l'examen :

Statique : Dos plat avec une légère ensellure lombaire.

La palpation des épineuses et des masses musculaires latéro-vertébrales est douloureuse, on note une contracture à gauche.

Doigt-sol 50 cm.

Les mouvements actifs et passifs de la colonne vertébrale sont douloureux.

Pas de Lasègue.

Réflexes très vifs.

Hanches normales.

A la radio :

Discopathie dégénérative L5 - S1.

Rétrolysthésis de L5.

Hydrophilie des disques L3 - L4 et L4 - L5.

Evolution :

Excellent résultat à la fin du traitement. Le malade ne ressent plus aucune douleur et il sort avec tout de même un lombostat.

Observation N° 24.

D... Jean, 34 ans. Cuisinier.

Lombosciatique, accident du travail.

En 1944, blessure au bras gauche par éclats de mortier, paralysie radiale : actuellement, il reste une diminution de l'extension du pouce avec anesthésie.

En 1957, en portant un quartier de viande, le malade ressent une violente douleur lombaire nécessitant un arrêt de travail de huit mois et le port d'un lombostat plâtre pendant six mois.

En 1958, reprise du travail mais avec de nombreux arrêts.

En 1961, nouvel arrêt de travail et son médecin l'adresse au centre de Lavaur.

Actuellement, il souffre de la région lombaire, surtout en position debout et, à la marche, la douleur irradiant sur la face postérieure du membre inférieur gauche jusqu'au talon.

A l'examen :

Important déséquilibre du bassin vers la droite.
Attitude scoliotique à concavité lombaire droite.
Contracture des masses lombaires paravertébrales à droite.
Flexion antérieure du tronc très limitée.
Doigt-sol à 50 cm.
Inflexions latérales assez bonnes.
Pas de Lasègue.
Réflexe achiléen du côté de la sciatique aboli.

A la radio :

Les radio dynamiques montrent que le rachis lombaire est mobile simplement au-dessus de L4.

Evolution :

Très nette amélioration, mais cependant incomplète, nécessitant la poursuite d'une rééducation musculaire active.

Observation N° 25.

M... Pierre, 49 ans. S.N.C.F.

Lombosciatique droite.

Un mois et demi avant l'entrée dans le service, le malade ressent une douleur dans la jambe droite avec des fourmillements sur la malléole externe et une difficulté pour poser le pied par terre. Il y a quatre jours, brusquement en se baissant, violentes douleurs lombaires et impossibilité de se relever.

A l'examen :

Le malade est au lit, le signe de la toux est très important, la douleur sciatique droite descend jusqu'à la malléole externe et est très importante au réveil et au moindre effort.

La contracture des masses lombaires para-vertébrales est très importante.

Lasègue à l'entrée, 30°.

Les réflexes sont très vifs.

Evolution :

Quitte le service, très amélioré, trois semaines après son entrée.

Observation N° 26.

M... Pierre, 51 ans. Libraire.

Lombosciatique gauche.

Pleurésie gauche ponctionnée trois fois, repos pendant un an et demi. Réformé.

Après un faux mouvement, douleurs dans la colonne lombaire avec une impossibilité à la marche pendant trois semaines. Guérison totale après une série de massages et deux élongations. En mars 1961, seconde crise, même traitement et guérison totale. En novembre 1961, troisième crise déclenchée au moment où il se lève d'un fauteuil profond. La douleur est surtout importante dans la colonne lombaire et dans la partie postérieure de la jambe jusqu'au genou.

A l'examen :

Très mauvaise sangle abdominale.

Légère scoliose lombaire.

Dynamique vertébrale très diminuée.

Doigt-sol à 50 cm.

Contracture lombaire gauche très importante.

Lasègue à 30° à gauche.

A la radio :

Discopathie L5 - S1.

Evolution :

Sort très amélioré après un mois de traitement, mais le port d'un lombostat semble nécessaire.

Observation N° 27.

C... Edouard, 46 ans. Agriculteur.

Lombosciatique gauche.

Depuis l'âge de 20 ans, ce malade souffre de lombalgie avec plusieurs épisodes douloureux par an. Depuis un an, la douleur irradie dans la jambe gauche type S1, sans notion d'effort.

A l'examen :

La surcharge pondérale domine le tableau.

La sangle abdominale est très mauvaise.

Il existe une hyperlordose.

La dynamique vertébrale est très diminuée, mais il n'y a pas de Lasègue. Les réflexes sont normaux.

A noter également un psychisme très déficient.

A la radio :

Scoliose lombaire à concavité gauche.

Pincement du disque L5 - S1.

Evolution :

Après avoir fait pendant un mois un régime désodé strict, ce malade sort très amélioré en ayant perdu 15 kilos.

Observation N° 28.

B... Santiago, 32 ans. Soudeur à l'arc.

Lombosciatique à bascule, accident du travail.

Depuis trois ans en France.

Il y a deux ans, en faisant un effort pour soulever un poids important, le malade ressent une violente douleur dans la région lombaire avec irradiation dans les deux jambes jusqu'au mollet. Le signe de la toux est très marqué. Quinze jours de repos suffisent à assurer une guérison complète. Mais il rechute trois fois et entre à Lavaur pour sa quatrième rechute.

A l'examen :

Léger déséquilibre du bassin vers la droite.
Dynamique vertébrale diminuée globalement.
Doigt-sol 50 cm.
Lasègue : à gauche, 60° ; à droite : 50°.
Réflexes diminués des deux côtés.

Evolution :

Résultat imparfait semblant en rapport avec l'étiologie et avec l'esprit plus ou moins revendicateur du sujet.

Observation N° 29.

M^me^ L... Ginette, 35 ans.

Lombosciatique.

Il y a deux ans, lombosciatique droite L5 à la suite d'un effort. Guérison complète avec du repos et un traitement physiothérapique. Depuis cet épisode, la malade se plaint de quelques lombalgies.

En novembre 1961, apparition progressive d'une sciatique gauche type S1 avec un important signe de la toux et légèrement calmé par le repos. Entre à Lavaur à ce moment-là.

A l'examen :

On note une rectitude lombaire avec une contracture des masses lombaires bilatérale.
La dynamique vertébrale est nulle car la sciatique est hyperalgique.
Le Lasègue est à 20° à gauche.
Le réflexe achiléen gauche est aboli.

A la radio :

Pincement du disque L5 - S1 avec élargissement des deux disques susjacents.

Evolution :

La malade sort très améliorée après un séjour de quatre semaines, mais elle doit continuer son traitement et sa gymnastique, car sa paroi abdominale est très mauvise. Le port d'un lombostat lui est conseillé.

Observation N° 30.

M^me^ D... Eva, 37 ans.

Lombosciatique gauche.

Trois enfants, accouchements normaux.

En 1950, fracture du poignet.

En 1951, après de nombreuses angines, crises de rhumatisme dans toutes les articulations, surtout les coudes et les genoux, qui étaient rouges et chauds. La guérison a été très rapide en huit jours, sans rechute ni séquelles, après un traitement de quatre jours au salycilate.

En août 1961, douleurs lombaires traitées par du cortancyl (quatre comprimés par jour) sans aucun résultat. La douleur était plus importante le soir mais cédait la nuit.

Le 22 décembre au matin, la malade ressent une violente douleur lombaire avec irradiation dans la jambe gauche type L5. Tous les traitements faits sans repos n'ont donné aucun résultat.

A l'examen :

A l'entrée, la malade est au lit avec une position antalgique. La douleur sciatique est de type L5 avec un point douloureux très précis sur toute la face postéro-externe du mollet.

Le Lasègue est à 40°.

Il existe une contracture lombaire gauche et une atrophie des muscles fessiers.

Le réflexe achiléen est aboli à gauche.

Evolution :

La malade quitte le service très améliorée au bout de deux mois de traitement. Seules demeurent quelques douleurs paresthésiques et un léger œdème de la jambe gauche.

Observation N° 31.

B... José, 32 ans. Ebéniste.

En mars 1961, au réveil, le malade ressent une violente

douleur dans la fesse gauche avec très vite une irradiation vers la face postérieure de la cuisse, le mollet et la malléole externe. La douleur est violente et il reste douze jours au lit. Nous le voyons un mois après avec une douleur persistante de la fesse et du mollet gauche.

A l'examen :

Statique :

Scoliose droite.

Léger déséquilibre du bassin vers la droite.

Mauvaise paroi abdominale.

Contracture lombaire gauche.

Dynamique :

Bonne mobilité vertébrale, mais doigt-sol à 50 cm.

Douleur très marquée à la pression des épineuses de L5 et S1.

A la radio :

Maladie discale dégénérative étagée.

Léger rétrolystésis de L5.

Evolution :

Le malade est très soulagé au bout de trois semaines de traitement, mais il a ressenti pendant celui-ci quelques brûlures de l'estomac.

Observation N° 32

L... Elie, 45 ans. S.N.C.F.

Sciatique.

Présente un éclat d'obus dans le genou gauche, pensionné à 10 %.

En 1961, cette sciatique est apparue subitement après un séjour au lit de 8 jours pour grippe.

A l'examen :

Légère scoliose dorsale.

Doigt-sol normal.

Inflexions latérales normales.

Légère contracture lombaire à gauche.
Lasègue à gauche à 60°.
Hanches normales.
Réflexes très vifs.

A la radio :

Scoliose à concavité droite avec hyperlordose.

Evolution :

Bonne amélioration, mais quelques douleurs paresthésiques persistent.

Observation N° 33

D... Paule, 50 ans.
Sciatique.
Hypertyroïde à 20 ans.

Il y a un an, première sciatique droite. L'échec des traitements fait pratiquer un examen radiculographique. Cet examen a confirmé l'existence d'une hernie discale comprimant la racine S1.

A l'entrée dans le service, il existe une sciatique vertébrale de type S1 avec impulsion à la toux. Signe de Lasègue à 50° et abolition du réflexe achiléen à droite. La vitesse de sédimentation est normale. Après deux mois de repos au lit sur un plan dur, et échec du traitement médical, la malade est confiée au neurochirurgien pour intervention.

*
* *

Observation N° 34

F... Jean, 55 ans.

Sciatique gauche en 1947.

Lombalgie depuis six mois devenant de plus en plus douloureuse, avec une contracture bilatérale.

A l'examen :

On constate de gros troubles statiques vertébraux (cyphose lombaire),

genou gauche : hydarthrose très importante,

genou droit : choc rotulien.

Malgré tout, pas de diminution très nette de la mobilité vertébrale et du genou.

A la radio :

Scoliose avec déséquilibre du bassin vers la gauche.

Traitement :

Lombostat + 3 comprimés de chlorméthazonone associés à des injections de corticoïdes dans les deux genoux.

A la fin du traitement bonne amélioration de la lombalgie mais résultat imparfait du fait de son gros trouble statique.

Observation N° 35

G... Joseph, 58 ans. Menuisier.

En janvier 1962 en levant un poids pendant son travail douleur lombaire violente augmentée par la toux, mais variant avec les mouvements.

A l'examen :

Contracture lombaire limitant peu les mouvements du rachis. Il existe un point douloureux sur L5 n'irradiant pas dans les membres inférieurs.

A la radio :

Paget du bassin et des dernières vertèbres lombaires (phosphatases normales et toucher rectal normal).

A la fin du traitement bonne amélioration.

Observation N° 36

R... Laurent, 51 ans. Agriculteur.

Lombalgie apparue depuis deux ans progessivement sans signe de la toux. Porte un lombostat depuis un mois.

A l'examen :

Contracture lombaire bilatérale.
Distance doigt-sol très grande.
Pas de Lasègue.
Réflexes normaux.
Dynamique vertébrale très diminuée.

A la radio :

Spondylololystesis L4 - L5.

Evolution :

Amélioration moyenne, garde son lombostat.

Observation N° 37

B..., 51 ans. Peintre.

Février 1962 : péri-arthrite scapulohumérale guérie par trois injections de corticoïdes.

En mars 1962 : douleurs lombaires basses calmées par le repos mais la station debout est très pénible.

A l'examen :

Scoliose lombaire, contracture lombaire bilatérale, inflexions latérales réveillant la douleur, doigt-sol à à 20 cm.

A la radio :

Discopathies étagées.

Evolution :

Au bout d'une semaine bonne amélioration mais traitement à continuer.

Observation N° 38

F... Gérôme, 36 ans. Conducteur de tracteurs. Sujet portugais.

Lombalgie accident du travail.

Le 23 octobre 1961, un pylone de bois tombe sur le malade et le renverse en provoquant un traumatisme dorso-lombaire avec une violente douleur pendant 15 jours à prédominence nocturne. Ne travaille pas depuis.

A l'examen :

Hyper-lordose lombaire avec contracture des muscles para-vertébraux droits.

Douleurs dorso-lombaires sans irradiation. pas de signe de la toux.

Doigt-sol 20 cm.

Inflexions latérales normales.

Réflexes très vifs à droite et à gauche.

Pas de Lasègue.

A la radio :

Pincement postérieur disque L5 - S 1 avec élargissement des deux disques susjascents.

Evolution :

Quitte le service très amélioré au bout d'un mois de traitement.

Observation N° 39

C... Simon, 44 ans. Maçon.

Deux crises de coliques néphrétiques.

Lombalgie accident du travail.

Le 5-2-1962, en soulevant un portail, violente douleur lombaire avec impossibilité de se relever.

Le 20-2-1962 le malade vient en consultation car sa douleur était aussi importante avec, en plus, impossibilité de rester assis.

A l'examen :

Statique normale.
Position assise impossible.
Signe de la toux très important.
Contracture des masses lombaires bilatérales.
Examen dynamique impossible.
Pas de Lasègue.

Evolution :

Après un mois de repos et de traitement, excellente amélioration.

Observation N° 40

M... Lucien, 30 ans. Employé S.N.C.F.

Apparition progressive en quelques jours de douleurs lombaires il y a trois semaines. Actuellement les douleurs sont plus importantes en position assise.

A l'examen :

Statique vertébrale : pas de scoliose, contracture des masses lombaires gauche, léger déséquilibre du bassin vers la droite.
Dynamique doigt-sol 20 cm, inflexions latérales bonnes.

A la radio :

Pas de Lasègue.

Evolution :

Quitte le service très amélioré au bout d'un mois avec toutefois une gymnastique rééducative à continuer.

Observation N° 41

B... Eloïs, 48 ans. Maçon.
Sujet tchécoslovaque.
Lombalgie, accident du travail.

Accident du travail le 20-12-1961 : chute en arrière sur la colonne lombaire d'une hauteur de 1,20 m. Arrêt du travail immédiat, jamais repris depuis. La douleur est localisée à la colonne lombaire sans irradiation sciatique, elle est plus importante en position debout ; le signe de la toux est très marqué. Le seul traitement suivi a été le repos sur un plan dur. Il existe une légère amélioration mais le malade entre à Lavaur pour continuer son traitement.

A l'examen :

Légère scoliose lombaire avec déséquilibre du bassin.
Dynamique diminuée.
Doigt-sol à 20 cm.
Inflexions latérales fortement diminuées.
Légère contracture avec prédominance droite.
Pas de Lasègue.
Réflexes normaux.

Evolution :

Le malade sort trois semaines après son entrée, complètement guéri et prêt à reprendre son travail.

Observation N° 42

D... Robert, 38 ans. S.N.C.F.
Lombalgie.

A 34 ans, abcès du poumon au sommet gauche ; arrêt de travail pendant un mois et demi.

A 36 ans, chute de moto, pas de frature mais, depuis, le malade souffre de la cuisse gauche.

Depuis 15 jours, le malade se plaint de lombalgies d'apparition progressive et surtout marquées à la marche. Le signe de la toux est très marqué avec augmentation de la douleur à la face postérieure de la cuisse gauche.

A l'examen :

La dynamique est diminuée, signe de la charnière aux inflexions latérales.

Contracture musculaire paravertébrale lombaire et dorsale droite.

Pas de Lasègue.

Réflexes normaux.

Evolution :

Le malade est sorti après un séjour d'un mois et demi très amélioré sur le plan lombaire avec un lombostat, mais a contracté un torticolis calmé très rapidement par une augmentation de un comprimé en plus du traitement suivi.

Observation N° 43

M... José, 58 ans. Terrassier.

Lombalgie, accident du travail.

Gonalgie droite en 1931, sans séquelle.

En 1961, en faisant un effort pour soulever un poids, apparition successivement d'une lombalgie puis, trois semaines après, d'une dorsalgie et d'une cervicalgie.

En 1960, hospitalisation à Purpan pendant une semaine pour faire un bilan, puis est adressé à Lavaur.

A l'examen :

Persistance des douleurs vertébrales inchangées après un séjour d'une semaine. La colonne vertébrale est très rigide dans son ensemble avec une légère contracture lombaire. Sa musculature abdominale est très déficiente, il porte un lombostat.

Pas de Lasègue.

Réflexes normaux.

A la radio :

Discopathie L5 - S1 avec de nombreuses images d'arthrose sur toute la colonne vertébrale.

Evolution :

Le malade quitte le service amélioré, mais le résultat est incomplet.

Observation N° 44

B... Stanislas, 51 ans. Mineur.

Lombalgie.

En faisant un effort, le 6-2-1961, violentes douleurs lombaires gauches sans irradiation sciatique. Arrêt de travail sans reprise depuis. Actuellement il souffre toujours, même la nuit, mais surtout à la marche. Il porte un lombostat depuis deux mois.

A l'examen :

Sujet longiligne.

Raideur de la zone lombaire au déroulement de la colonne.

Inflexions latérales très diminuées, doigt-sol à 20 cm.

Douleur à la pression de la charnière lombosacrée, surtout à gauche de la ligne médiane. Pas de douleur à la pression du gril costal. Douleur dorsale à la mobilisation de la colonne cervicale.

Pas de Lasègue.

Réflexes vifs.

Schwosteck (+).

A la radio :

Hyperlordose lombaire avec discopathie L5 - S1.

Importante discarthrose postérieure avec une image suspecte de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Evolution :

Nette amélioration. Pas d'algie des membres inférieurs, grosse part du syndrome « péninsulaire » (ne veut rien faire).

Observation N° 45

R... Henri, 38 ans. S.N.C.F.
Lombalgie, accident du travail.
Appendicite à 22 ans.
Bronchite chronique.

Le 15-11-61 en soulevant un poids, violente douleur lombaire allant en augmentant dans les heures qui suivent. Depuis, souffre toujours et porte un lombostat.

A l'examen :

La douleur est continuelle.
La limitation des mouvements est très importante.
Il n'y a pas de signe de la toux.
Les réflexes sont normaux.

Evolution :

Le malade quitte le service très amélioré avec seulement la persistance d'un point douloureux lombaire médian.

Observation N° 46

D... Pascal, 49 ans. Cantonnier.
Lombalgie, accident du travail.

En 1956, coup de pied de mulet dans les lombes. Hospitalisé à Saint-Gaudens sans résultat ; de lui-même il part à Paris où l'on pratique une greffe vertébrale. Il se déclare amélioré et reprend son travail.

En 1957, il recommence à nouveau à souffrir avec des phases d'exacerbation déclanchées, semble-t-il, par un effort violent.

En 1961, arrêt de travail définitif après une nouvelle récidive avec douleur lombaire, inguinale droite et douleur dans son genou droit. Actuellement, uniquement douleur inguinale droite ; il ne souffre jamais la nuit et entre à Lavaur pour rééducation.

A l'examen :

Ce qui frappe au premier abord c'est le psychisme parti-

culier de ce malade. La colonne vertébrale semble très raide. L'examen est très difficile. Le malade se plaint aux mouvements extrêmes de la cuisse gauche, mais il est difficile de préciser s'il y a limitation ou simulation de la part du malade.

La sensibilité superficielle et profonde est normale. Les réflexes sont normaux. La sérologie est négative.

Evolution :

Echec complet du traitement chez un homme qui s'accommode très bien de ses « douleurs ».

Observation N° 47

O... André, 37 ans. Menuisier.

Lombalgie.

Pas de régiment (classe 1945), célibataire.

Accuse des lombalgies depuis 10 à 12 ans, se traite depuis 4 à 5 ans, pour sciatique à répétition et lombalgies. Sa sciatique est surtout à droite. Ces épisodes douloureux se renouvellent, surtout en été et en automne, sans cause d'apparition bien précise.

Ce malade a un tempérament très anxieux. Il dort très mal, il est fixé sur sa lombalgie. Il a vu de très nombreux médecins et suivi de très nombreux traitements sans aucun résultat. A la suite de consultations multiples, il entre à Lavaur pour traitement.

A l'examen :

L'examen est rendu très difficile par l'état d'anxiété du malade. A chaque mouvement, il se plaint de douleurs diffuses dans la région lombaire sans irradiation sciatique.

Dans les mouvements de flexion, extension et inflexions latérales ; on note une certaine rigidité de la colonne lombaire avec une contracture bilatérale.

Il n'y a pas de point douloureux à la pression des épineuses.

Il existe une très mauvaise sangle abdominale aggravée par le fait qu'il porte un lombostat depuis 5 ans.
Il n'y a pas de trouble de la sensibilité ni du réflexe.
Le Lasègue est à 60° des deux côtés.

A la radio :

On note une légère scoliose avec une hyperlordose lombaire et un léger déséquilibre du bassin vers la droite.

Evolution :

Après deux mois de traitement, échec partiel de celui-ci chez un malade au psychisme tout à fait particulier, avec une situation de famille très imprécise.

Observation N° 48

A... Maria, 47 ans, Femme de ménage.
Lombalgie.
Opération de varices bilatérales en 1961 après une succession d'ulcères très importants.
Douleurs lombaires depuis 1961 apparues depuis progressivement et accentuées à l'effort.
L'interrogatoire est rendu très difficile en raison du psychisme très bas de la malade.

A l'examen :

Statique : légère hyperlordose lombaire avec cyphose dorsale.
Dynamique : doigt-sol 20 cm.
Inflexions latérales légèrement diminuées.
Contracture lombaire bilatérale très importante et douloureuse.
Pas de signe de la toux.
Pas de Lasègue.
Réflexes très diminués.
Hanches normales.

Evolution :

Excellent résultat, aucune douleur ne persiste après un mois de traitement.

Observation N° 49

A... Suzanne, 50 ans.

Lombalgie.

De nombreux « rhumatisants » dans la famille.

En 1949, lumbago aigu à début brutal traité et guéri par deux mois de repos au lit.

En 1953, lumbago avec sciatique droite type S1, crise aiguë pendant huit jours, puis allant en décroissant avec du repos. De cet épisode sont restées quelques paresthésies dans la jambe déclenchées par la fatigue, le froid ou un faux mouvement.

En 1961, récidive, mais très vite calmée et rémission pendant tout l'été.

A l'examen :

Statique normale.

Dynamique : inflexions latérales impossibles. Flexion et extension possibles mais limitées.

Pas de Lasègue.

Réflexes normaux.

Evolution :

Très bon résultat après deux semaines de traitement mais avec accentuation des vertiges pré-existants au traitement.

Observation N° 50

M..., 50 ans. Cantonnier.

Lombalgie.

Ce malade souffre depuis plusieurs mois de lombalgie apparue progressivement avec, de temps en temps, des paroxysmes sur un fond douloureux permanent.

Tous les traitements ambulatoires suivis jusqu'à ce jour ont échoué.

A l'examen :

Le malade marche très difficilement, la statique est pourtant normale, la dynamique est très diminuée.

Doigt-sol à 60 cm.
Inflexions latérales très diminuées et réveillant une douleur violente.
Signe de la toux : +.
Pas de Lasègue.
Réflexes normaux.

Evolution :

Très bon résultat mais seulement au bout de 15 jours de traitement, ce malade ayant présenté quelques brûlures d'estomac.

Observation N° 51

L... André, 38 ans. Sapeur-pompier.

A la suite d'un effort de rétablissement sur une échelle, violente lombalgie avec impotence fonctionnelle complète. Dans ses antécédents on note 4 autres crises dont la dernière s'était compliquée d'une sciatique type L5 ayant nécessité un arrêt de travail de 8 mois.

A la radio on note :

Une anomalie transitionnelle, sacralisation L5.
Une discopathie L4 - L5.

Evolution :

Excellent résultat avec disparition complète des douleurs. Revu 2 mois après le malade présente une persistance de ce bon résultat.

Observation N° 52

M... Jacques, 43 ans. Mécanicien automobile.
Lumbago d'effort en soulevant un moteur.
Ce malade avait déjà présenté plusieurs crises identiques.

A l'examen :

Importante contracture musculaire paravertébrale.

Raideur rachidienne lombaire très importante avec attitude scoliotique.

Pas d'atteinte sciatique mais impulsion douloureuse lombaire à la toux.

A la radio :

Discopathie L5 - S1, L4 - L5.

Evolution :

Après 15 jours de traitement : résultats très bons, le malade a repris son travail au bout de 3 semaines sans rechute.

COXARTHROSES

Observation N° 53

B..., 56 ans. Ouvrier à l'abattoir.

Coxarthrose bilatérale chez un pléthorique.

Depuis 5 ans, le malade ressent une difficulté à la marche surtout en terrain inégal.

A l'examen :

Sujet très gros mis dès son entrée dans le service à un régime hypocalorique.

Il existe une diminution globale des mouvements de la colonne lombaire ainsi qu'une limitation très importante de tous les mouvements des deux hanches. D'autre part, les adducteurs sont contracturés et douloureux.

A la radio :

Coxarthrose bilatérale de type polaire supérieur avec arthrose vertébrale étagée.

Evolution :

Résultat :

— du point de vue fonctionnel : nul.

— du point de vue douloureux : amélioration notable.

Observation N° 54

M... Jean, 53 ans. Cultivateur.

Coxopathie pagétique.

Oreillons pendant son régiment.

Psoriasis depuis 2 à 3 ans.

Douleurs dans les 2 hanches depuis 6 ans, calmées par le repos. mais très vite apparition d'une limitation des mouvements surtout la rotation et l'abduction.

Traité en 1961 à Purpan pendant un mois sans résultat notable, entre à Lavaur pour complément de traitement.

A l'examen :

Psoriasis très important.

Hanches très limitées dans les mouvements :

— de rotation,

— de flexion-extension,

— d'adduction et d'abduction.

A la radio :

Coxarthrose bilatérale de type polaire supérieur avec arthrose vertébrale et image de maladie de Paget.

Evolution :

Résultat bon au point de vue douleur, nul au point de vue fonctionnel.

Observation N° 55

B... Jules, 56 ans. Métallurgiste reclassé ensuite comme conducteur de pont roulant.

Coxarthrose.

Cinq ans de captivité.

En 1942, rhumatismes au niveau des mains avec gonflement et déformations persistantes.

En 1945, douleur lombaire importante, reste 15 jours au lit sans pouvoir faire un geste.

Depuis 1945, une douleur dans les 2 membres inférieurs

est apparue à la marche. Il existe une grosse difficulté pour monter ou descendre les escaliers et pour s'habiller. La douleur persiste, même au repos.

A l'examen :

Hanches très peu mobiles, surtout à droite.
Mobilité de la colonne lombaire nulle,
Mobilité de la colonne dorsale diminuée,
Mobilité de la colonne cervicale très diminuée.
Douleur des deux genoux plus accentuée à gauche, mais sans hydarthrose.

A la radio :

Coxarthrose bilatérale avec signe d'arthrose généralisé.
Hyperostose ankylosante débutante.

Evolution :

Légère amélioration du point de vue douloureux. Pas de résultat sur la mobilité des hanches.

Observation N° 56

F... Félix, 61 ans.

Coxarthrose.

En 1916, fracture du fémur droit dont on peut constater les séquelles aujourd'hui sous la forme d'un raccourcissement de 4 cm.

En 1941, opération de la jambe droite à la suite d'une blessure au genou et, d'autre part, ablation d'un éclat d'obus au voisinage de l'artère proplitée gauche.

Limitation importante des mouvements de la hanche droite apparue progressivement et se manifestant au début par une douleur inguinale avec apparition d'un œdème de la jambe important.

A l'examen :

Tous les mouvements de la jambe droite sont limités, en particulier la rotation et l'abduction. L'œdème remonte jusqu'à 10 cm au-dessous du genou. L'articulation du genou est normale ainsi que les articulations des autres membres.

A la radio :

Coxarthrose droite de type polaire supérieur à tendance expulsive.

Evolution :

L'amélioration est très nette mais il souffre encore la nuit aux insertions des adducteurs.

Observation N° 57

E... Jean, 35 ans. Chef de chantier.

Sciatique gauche, plus coxarthrose gauche.

Depuis 1959, date à laquelle il a eu un accident du travail, ce malade se plaint d'une difficulté à la marche qu'il rattachait jusqu'alors à sa sciatique. Le repos et les traitements physiothérapiques l'ont bien soulagé du point de vue de sa sciatique mais il existe toujours une gêne à la flexion de sa hanche et de son genou.

A l'examen :

Statique : cyphose dorsale,
hyperlordose lombaire,
déséquilibre du bassin vers la gauche.

Dynamique : vertébrale très bonne.

Au point de vue hanches on note à gauche une rotation et une abduction très limitées.

A la radio :

Signe de coxarthrose polaire supérieur au début.

Evolution :

Le malade quitte le service de Lavaur guéri de sa lombalgie et de sa sciatique, soulagé de sa douleur de la hanche, mais non amélioré au point de vue fonctionnel.

Observation N° 58

L... Jean, 46 ans. Manœuvre.

Coxarthrose bilatérale.

Cure de hernie inguinale en 1960.

En 1951, début des douleurs dans le genou droit puis dans les 2 cuisses (face externe) et les 2 fesses.

En 1961, traité à Purpan, résultat non durable.

A l'examen :

La douleur est toujours localisée au genou droit, la démarche se fait les jambes écartées.

Au point de vue dynamique des hanches : la rotation et l'adduction sont presque nulles des 2 côtés. La flexion est beaucoup plus limitée à gauche qu'à droite. En plus il existe une position vicieuse des deux membres inférieurs (rotation externe).

A la radio :

Coxarthrose polaire supérieure bilatérale avec pincement de l'interligne, double fond cotyloïdien et tendance à la luxation de la tête.

Importante image de discopathies vertébrales dégénératives.

Evolution :

Sort amélioré du point de vue douloureux et très peu du point de vue fonctionnel.

AFFECTIONS RHUMATISMALES DIVERSES

Observation N° 59

E..., 40 ans.

Algies sacro-coccygiennes.

Le début de l'affection remonte à 10 ans, date à laquelle le malade a fait une chute sur le coccys. Depuis, la douleur est continue et va en s'accentuant lentement. Elle est plus importante à la fatigue et persiste la nuit.

A l'examen :

La statique est normale.

La dynamique vertébrale est bonne.
Il n'y a pas de Lasègue.
Les réflexes sont normaux.
Il existe un point douloureux coccygien très précis et également une douleur marquée aux insertions des adducteurs des deux côtés.

Evolution :

Très bon résultat au bout d'un mois de traitement qui se maintient après un arrêt lent et progressif des médicaments.

Observation N° 60

M... 50 ans. Employé de laboratoire.
Epaule post-traumatique.

Il y a six mois accident de voiture : traumatisme frontal gauche plus traumatisme de l'épaule gauche. Le tout sans fracture, mais très vite apparaît une impotence de l'articulation de l'épaule, la douleur ne cédant pas.

A l'examen :

Tous les mouvements de l'articulation sont limités, surtout l'abduction et la rétro-pulsion, et la douleur très importante irradie vers la région de l'omoplate en arrière et dans le bras en avant.
En cours de traitement on découvre un léger diabète très facilement équilibré.

Evolution :

Bon résultat du point de vue douleurs.

Résultat incomplet mais très net du point de vue fonctionnel.

Observation N° 61

M..., 60 ans. Chauffeur.

Péri-arthrite scapulo-humérale chez un goutteux présentant une hyperostose ankylosante au début.

Ancien joueur de rugby, depuis plusieurs années il présente des crises du gros orteil. Depuis un an douleurs dans toutes les articulations, surtout à type de lombalgie. Il y a deux mois son épaule droite devient douloureuse et progressivement les mouvements sont de plus en plus limités, surtout l'abduction et la rétropulsion.

Au bout de trois semaines très bon résultat.

Evolution :

Bonne amélioration de sa lombalgie et récupération presque totale de son épaule.

Observation N° 62

Mme H..., 55 ans.

Péri-arthrite scapulo-humérale chez une hémiplégique.

Au cours de la rééducation son bras est entré en contracture, son épaule devenant de plus en plus douloureuse à la mobilisation et gênant ainsi la rééducation.

Evolution :

Très bon résultat local en trois semaines.

Observation N° 63

P... André, 32 ans. Surveillant de centrale.

Epaule post-traumatique.

Il y a dix ans, ce malade fait une chute d'une hauteur de 2,50 m sur son épaule droite ; il garde un plâtre pendant 20 jours sans qu'il y ait de fracture. La récupération de la mobilité de l'épaule a été complète.

En 1961, après un mouvement brusque de l'épaule droite, le malade ressent une douleur violente et depuis est incapable de se servir de son bras.

A l'examen :

L'impotence est totale. La douleur est continue, même la nuit.

Il existe une amyotrophie du trapèze et du biceps.
Il existe des craquements importants à la mobilisation.

A la radio :

Présence de lésions traumatiques osseuses de l'épaule avec une fissure transcapitale de l'humérus et déformation de la tête humérale par aplatissement.
Présence d'un diastasis acromio-claviculaire.

Evolution :

Le malade quitte le service souffrant beaucoup moins et ayant récupéré légèrement sur le plan fonctionnel.

Observation N° 64

R... Jean-Louis, 66 ans. Employé de banque en retraite.
Admis en avril 1961 pour rééducation après fracture du col du fémur gauche.

En septembre 1960, ce malade est renversé dans la rue et se fracture le col du fémur gauche. Il est hospitalisé à Toulouse, et immobilisé pour extension continue pendant trois mois. A sa sortie de l'hôpital, il entre à Lavaur pour récupérer la dynamique de sa jambe gauche.

A l'examen :

Sa hanche gauche est à peu près immobile.
L'abduction est limitée.
La rotation est nulle.
Les mouvements de son genou gauche sont légèrement limités, mais sur toute sa jambe on note une contracture musculaire importante.

Evolution :

Le malade quitte le service. Présente une bonne amélioration. Marche facilement avec une canne cependant.

Observation N° 65

G... Eugène, 71 ans. Receveur des Postes.

En décembre 1960, accident de voiture avec luxation du fémur et arrachement du sourcil cotyloïdien et diastasis de la symphyse.

A l'examen :

Le sujet est très gêné pour marcher car les mouvements de sa hanche sont limités et douloureux. En plus, il existe une contracture lombaire et une contracture de son membre inférieur gauche.

Evolution :

Résultat moyen du point de vue fonctionnel mais le malade par contre ne souffre plus. A noter un cœur pulmonaire chronique, ayant gêné la rééducation.

Observation N° 66

M... Raoul, 50 ans.

Séquelle de traumatisme lombaire.

En 1956, le malade est victime d'un accident de chemin de fer. On note à ce moment là une blessure de la région pariéto-occipitale droite, une atteinte du bassin avec une fracture de L3.

Depuis cette date, le malade souffre de céphalée avec une surdité à droite. De plus, des douleurs lombaires sont apparues depuis peu de temps sans notion d'effort, persistantes même au repos.

A l'examen :

Sa colonne vertébrale est souple et non douloureuse, mais dans les mouvements extrêmes, on déclenche une légère douleur. Egalement la mobilisation des hanches est douloureuse. On note une légère contracture lombaire.

Evolution :

Le malade quitte le service très amélioré.

Observation N° 67

G... Joseph, 66 ans. Mécanographe en retraite.

Rééducation d'une hémiplégie droite.

Il y a 11 ans, ictus avec hémiplégie droite et aphasie. Le malade a récupéré assez vite et vivait à peu près normalement lorsqu'il y a un mois, est apparue une aggravation des troubles de la marche.

A l'examen :

Hypertonie généralisée, réflexes ostéotendineux polycinétiques. Réflexe cutané plantaire en éventail à gauche. Clonus du pied droit. Pas de trouble de la sensibilité, pas de troubles sphinctériens. La dysarthrie est très marquée.

Son membre inférieur droit est en contracture.

Sa démarche se fait en fauchant.

Il existe une légère diminution de la mobilité de l'épaule droite.

Son pied droit est en varus équin.

Evolution :

Amélioration faible. Le psychisme du malade gênant toute tentative de rééducation.

Observation N° 68

J... Serge, 33 ans. Ouvrier agricole.

Hémiplégie gauche chez un syphilitique.

A l'âge de 30 ans, ce malade est subitement gêné pour parler. Progressivement, il ne peut plus se servir de son bras gauche puis de sa jambe.

En cours de traitement de son hémiplégie, on découvre une valvulite mitro-aortique.

En 1961, il fait une hémoptysie par varices bronchiques prouvées par la bronchoscopie.

Examen à l'entrée :

Il se présente avec une hémiplégie gauche en phase de contracture.

Evolution :

Dès le début du traitement, la contracture cède peu à peu et la récupération est très bonne.

Observation N° 69

Mme C... Claudine, 60 ans.

Coccygodinie.

Apparition six mois avant la consultation et quelque temps après une intervention chirurgicale par voie abdominale pour prolapsus génital avec cystocèle.

L'examen clinique est négatif à part une corde importante des releveurs.

Evolution :

Très bon résultat au bout d'un mois et avec quatre mois de recul le bon résultat persiste.

Observation N° 70

Mme H... Jeanine, 38 ans.

Algies coccygiennes interdisant la position assise prolongée.

Apparition de cette douleur huit mois après un accouchement et de façon insidieuse, évoluant depuis trois mois avant le début du traitement.

Examen clinique négatif.

Evolution :

Très bon résultat après quinze jours de traitement complet. Puis diminution progressive et arrêt complet au 25e jour. Pas de récidive après deux mois de recul.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES RESULTATS

Dans cette analyse des résultats obtenus au cours du traitement de 70 affections rhumatismales diverses par la Chlormétazonone, nous avons voulu rapporter, dans un premier tableau, les cas de lombo-sciatiques et de lombalgies.

Dans un deuxième tableau, nous avons placé les autres affections rhumatismales qu'il nous a été possible de traiter par la chlormétazonone, et nous y avons ajouté deux observations d'hémiplégies traitées par rééducation fonctionnelle, car il nous a semblé que l'association d'un myorésolutif à une rééducation correcte permettait d'obtenir des résultats plus rapides, et évitait ainsi la constitution d'un rhumatisme neurotrophique.

ANALYSES DES OBSERVATIONS

TABLEAU N° 1 — *Lombalgies et Lombosciatiques*

OBS. N°	AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLERANC
1	42	Lombosciatique	0	600	40	+ +	+
2	54	Lombosciatique récidivante	0	600	21	+ + +	+
3	46	Lombosciatique A.T.	Accident de voiture	600	50	+ +	+
4	37	Lombosciatique	0	600	45	+ + +	+
5	49	Lombosciatique A.T.	Traumatisme hanche g.	600	30	+ + +	+
6	41	Lombosciatique	0	800	60	+	+
7	35	Lombosciatique bilatérale	Polio paralysie bras droit	600	60	+ +	+
8	62	Lombosciatique A.T.	0	600	60	+ +	+
9	39	Lombosciatique A.T.	0	600	45	+ + +	+
10	40	Lombosciatique	Opération hernie discale	800	30	0	+
11	49	Lombosciatique	Ulcus gastrique	600	45	+ + +	+
12	31	Lombosciatique A.T.	0	600	50	+ + +	+
13	40	Lombosciatique	Opération du genou	800	60	+ + +	+

AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLERANCE
43	Lombosciatique	0	600	45	+ + +	+
44	Lombosciatique	0	600	60	+ + +	+
38	Lombosciatique	0	800	60	+ + +	+
24	Lombosciatique A.T.	0	800	50	+ + +	+
38	Lombosciatique plus séquelles opératoires	Hernie discale opérée	800	60	+ +	+
52	Lombosciatique	Hydarthrose du genou	800	60	+ +	+
36	Lombosciatique	0	600	60	+ + +	+
42	Lombosciatique	0	600	60	+ + +	+
42	Lombosciatique à répétition	Réformé pour lombalgie	800	60	+ +	+
29	Lombosciatique A.T.	0	600	50	+ + +	+
34	Lombosciatique A.T.	Blessure bras gauche	800	60	+ + +	+
49	Lombosciatique	0	600	21	+ + +	+
51	Lombosciatique	Pleurésie	800	30	+ + +	+
46	Lombosciatique	0	600	30	+ + +	+
32	Lombosciatique	0	800	45	+	+
35	Lombosciatique	0	600	28	+ + +	+
37	Lombosciatique	Rhumatisme post-angineux	600	60	+ + +	+
32	Lombosciatique	0	600	21	+ + +	Brûlures d'estomac

OBS. N°	AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLERAN
32	45	Sciatique	Eclat d'obus jambe gauche	600	30	+ +	+
33	50	Sciatique	Hyperthy-roïdie	800	60	0	+
34	55	Lombalgie	Sciatique gauche	600	60	+	+
35	58	Lombalgie A.T.	0	600	45	+ +	+
36	51	Lombalgie	0	600	45	+	+
37	51	Lombalgie	P.S.H.	600	30	+ +	+
38	36	Lombalgie A.T.	0	800	30	+ +	+
39	44	Lombalgie A.T.	Coliques néphrétiques	600	30	+ + +	+
40	30	Lombalgie	0	600	30	+ + +	+
41	48	Lombalgie A.T.	0	600	21	+ + +	+
42	38	Lombalgie	Abcès du poumon	800	45	+ + +	+
43	58	Lombalgie A.T.	0	600	45	+ + +	+
44	51	Lombalgie	0	600	45	+ +	+
45	38	Lombalgie A.T.	Bronchite chronique	600	45	+ + +	+
46	49	Lombalgie A.T.	0	1000	60	0	Vertiges
47	37	Lombalgie	0	800	60	+	+

OBS. N°	AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLERANCE
48	47	Lombalgie	0	600	30	+ + +	+
49	50	Lombalgie	0	600	15	+ + +	Vertiges et endormissement
50	50	Lombalgie	0	800	45	+ + +	Brûlures d'estomac
51	38	Lombalgie	0	800	25	+ + +	+
52	43	Lombalgie	0	600	21	+ + +	+

ANALYSES DES RESULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT DES LOMBO-SCIATIQUES ET DES LOMBALGIES

(Tableau n° 1)

Nous avons traité 33 malades atteints de lombo-sciatique vraisemblablement d'origine discale, ayant volontairement éliminé les rares cas de lombo-sciatiques malignes. Les résultats ont été très bons et bons dans 29 de nos cas, soit dans 86,8 %.

Nous avons observé 2 résultats moyens (observations n° 6 et n° 28), mais, chez ces deux malades, une composante psychique semble être à l'origine de ce résultat incomplet.

Nous avons observé 2 échecs (observations n° 10 et n° 33). Dans le premier cas, il s'agissait d'un accidenté du travail, déjà opéré pour hernie discale, chez qui un méthiodal n'a pas permis de constater de lésion organique et dont l'état psychique fait de cet individu un sujet absolument irrécupérable.

Le deuxième cas concernait une malade chez laquelle l'échec des thérapeutiques médicales et physio-kinésithérapiques a fait pratiquer au bout de six mois de traitement un méthiodal qui a objectivé une très volumineuse hernie discale et dont l'intervention chirurgicale a apporté la guérison.

Nous avons observé 19 cas de lombalgies pures rattachables à une maladie discale. 15 de nos malades ont présenté des résultats très bons ou bons, c'est-à-dire un pourcentage de 78,7 %.

Trois cas ont eu un résultat moyen. Il s'agit :

— de l'observation n° 34 concernant un malade chez qui existaient de très importants troubles statiques vertébraux séquellaires très certainement d'une affection vertébrale congénitale ;

— de l'observation n° 36 concernant un malade chez lequel la composante psychiatrique empêchait toute possibilité d'obtenir un résultat bon. Nous avons appris que, quelque temps après sa sortie du service et après de vains essais de reclassement professionnel, ce sujet avait attenté à ses jours ;

— notre troisième résultat moyen concerne l'observation n° 47, qui est celle d'un sujet au psychisme très modifié et fermement décidé à ne jamais reprendre d'activité professionnelle.

Nous avons observé un échec complet. Il s'agit du malade de l'observation n° 46, lui aussi au psychisme très modifié, à telle enseigne que, lors de sa première crise de lombalgie, alors qu'il habitait dans les Pyrénées, il prit le train pour Paris, afin d'aller « se faire greffer ».

De l'étude des résultats obtenus au cours du traitement des lombo-sciatiques et des lombalgies, il semble que, bien que la Chlorométazonone ait été utilisée, non comme seule médication, mais, dans la majorité des cas, en association aux anti-algiques et à la rééducation fonctionnelle, son efficacité a été incontestable. Elle nous a autorisés à pouvoir mettre en œuvre plus rapidement qu'à l'ordinaire les méthodes de rééducation active et, de ce fait, permet de gagner des journées d'hospitalisation.

Nous pensons que les résultats, apparemment meilleurs, observés au cours des lombo-sciatiques, sont en rapport avec le fait que l'existence d'un signe radiculaire augmente le caractère d'organicité de l'affection, éliminant de ce chapitre les malades plus fonctionnels qu'organiques.

Dans le « conflit disco-radiculaire », la Chlorméta-zonone n'intervient pas sur l'élément inflammatoire mais sur l'élément mécanique, ce qui explique, d'une part, la nécessité fréquente d'association, pour des sciatiques importantes, de médications anti-inflammatoires, voire de corticoïdes par voie intrarachidienne, et, d'autre part, le fait que, lorsqu'il existe un élément radiculaire le repos absolu au lit soit indispensable au moins au début du traitement, car la suppression de la contracture para-vertébrale pourrait entraîner alors une accentuation de la détérioration discale. Ce non-respect de la règle du repos au lit de tels malades semble avoir été fréquemment la cause d'échecs ou d'aggravations signalés par certains de nos malades déjà traités par la Chlorméta-zonone et chez qui, reprenant la thérapeutique en associant le repos, nous avons obtenu de bons ou très bons résultats.

*
* *

ANALYSES DES RESULTATS OBTENUS AU COURS DES AUTRES AFFECTIONS RHUMATISMALES

(Tableau n° 2)

Le peu de cas traités ne nous permettra pas de tirer des conclusions. Dans nos 6 cas de coxarthroses, nous avons pu observer 5 bons résultats et un résultat moyen. Il est indispensable de préciser que nos 6 cas de coxarthrose concernaient des formes déjà évoluées avec importantes modifications radiologiques et, dans 4 cas, il s'agit de coxarthroses bilatérales.

TABLEAU N° 2. — *Coxarthrose et autres affections*

OBS. N°	AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLERANCE
53	56	Coxarthrose bilatérale	0	600	60	+ +	+
54	53	Coxopathie pagétique bilatérale	Psoriasis	600	60	+ +	+
55	56	Coxarthrose bilatérale	0	600	60	+	+
56	61	Coxarthrose droite	Fracture du fémur droit	600	60	+ +	+
57	35	Coxarthrose gauche	Sciatique gauche	600	60	+ +	+
58	46	Coxarthrose bilatérale	0	600	60	+ +	+
59	40	Algie sacro-coccygienne	0	800	30	+ + +	+
60	50	Epaule post-traumatique	Diabète	600	60	+ +	+
61	60	Péri-arthrite-scapulo-humérale	Goutte	600	21	+ + +	+
62	55	Péri-arthrite-scapulo-humérale	Hémiplégie droite	600	21	+ + +	+
63	32	Epaule post-traumatique	0	600	60	+	+
64	66	Séquelles de fracture du col du fémur	0	800	120	+ +	+
65	71	Séquelles de traumatisme de la hanche	Cœur pulmonaire chronique	600	90	+ +	+

OBS. N°	AGE	TABLEAU CLINIQUE	ANTECEDENTS	DOSE mg	DUREE jours	EFFET	TOLER.
66	50	Séquelles de traumatisme lombaire	0	600	90	+ +	+
67	66	Rééducation d'hémiplégie droite	Ictus il y a 11 ans	400	30	+	+
68	33	Rééducation d'hémiplégie gauche	Syphilitique	600	120	+ + +	+
69	60	Coccygodinie	0	800	30	+ + +	+
70	38	Algies coccygiennes	0	800	30	+ + +	+

Nous pensons que nos malades ont été améliorés, surtout sur le plan de la douleur. L'utilisation de la Chlormétazonone nous a permis de pratiquer une rééducation fonctionnelle plus intensive et, de ce fait, d'obtenir un léger gain fonctionnel.

Nous avons utilisé la Chlormétazonone au cours de trois cas de coccygodynies. Nous avons, chaque fois, obtenu d'excellents résultats et de façon très rapide en utilisant des doses de 4 comprimés par jour. Ces résultats ne sauraient étonner, si l'on accepte le rôle de la contracture musculaire anormale des muscles releveurs de l'anus comme étiologie de cette affection.

Nous avons utilisé la Chlormétazone au cours d'affections rhumatismales ou post-traumatiques de l'épaule, dans 4 cas; nous avons obtenu 2 excellents résultats, il s'agissait de péri-arthrites scapulo-humérales, à forme subaiguë enraidissante, et nous avons associé à la Chlormétazonone des infiltrations locales de corticoïdes et la rééducation fonctionnelle. Nos 2 autres cas concernaient des épaules post-traumatiques.

Un bon résultat a été obtenu ainsi qu'un résultat moyen chez un malade présentant un important diastasis acromio-claviculaire et posant un problème médico-légal.

Il est aussi à noter les excellents résultats que nous avons pu obtenir au cours de rééducation des séquelles de fracture.

D'autre part, et bien que ceci sorte un peu du cadre de la rhumatologie, l'utilisation de la Chlormétazonone chez 2 hémiplégiques nous a semblé permettre des gains plus rapides et éviter, de ce fait, l'installation de manifestations algo-distrophiques.

INDICATIONS D'UTILISATION DE LA CHLORMETAZONONE EN RHUMATOLOGIE ET EN REEDUCATION FONCTIONNELLE

Les indications d'utilisation de myorésolutifs découlent de l'effet même de ces médications sur la contracture musculaire pathologique qu'il est possible de constater au cours de certaines affections rhumatismales et de leur rééducation fonctionnelle.

L'étude des 70 cas que nous avons traités par la Chlormétazonone et l'analyse des résultats obtenus nous permettent de poser les indications de ces médications en rhumatologie.

UTILISATION EN PATHOLOGIE VERTEBRALE

Affections vertébrales cervicales.

Les affections cervicales telles que le torticolis, les phénomènes douloureux avec limitation de la dynamique cervicale au cours des cervicarthroses et le syndrome de Barré et Liéou nous paraissent être de très bonnes indications et il en est de même de certains cas de névralgies cervico-brachiales lorsque la contracture musculaire, dépassant le cadre « salutaire », semble être un facteur de persistance des phénomènes douloureux et de l'attitude antalgique cervicale.

Affections vertébrales lombaires et lombo-sacrées.

Ce sont celles qui ont retenu le plus notre attention au cours de ce travail puisque nous en rapportons 52

observations. L'analyse des résultats obtenus nous a permis de voir l'intérêt qu'il y avait à associer l'utilisation de myorésolutifs aux médications anti-algiques et à la physiokinésithérapie.

En dehors de la lombalgie et de la lombo-sciatique, le syndrome trophostatique de la post-ménopause, avec son hyperlordose lombaire, la fréquence du spondylolisthésis L4 - L5 et de l'arthrose vertébrale postérieure, semble aussi être une excellente indication de l'utilisation des myorésolutifs.

Utilisation dans le traitement :

— *des arthroses :*

Au premier plan des préoccupations du rhumatologue et du rééducateur se situe le traitement médical et physiokinésithérapique de la coxarthrose.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance des facteurs musculaires au cours de cette affection. L'utilisation de myorésolutifs nous a semblé apporter son concours lors du traitement des poussées douloureuses de cette affection, en association aux injections intra-articulaires de corticoïdes et, si nécessaire, à l'utilisation des anti-inflammatoires, type phénylbutazone par voie générale.

Il semble cependant que ce soit au cours des essais de rééducation de tels malades que l'utilisation des myorésolutifs présente un grand intérêt, qu'il s'agisse d'une rééducation au cours de l'évolution de la maladie, en particulier lorsqu'une attitude vicieuse en flexion s'est installée, ou qu'il s'agisse d'une rééducation post-opératoire.

— *des rhumatismes inflammatoires :*

L'évolution, malgré les progrès récents de la thérapeutique anti-inflammatoire de tels rhumatismes vers des

désaxations articulaires et des rétractions tendineuses, impose, au cours du traitemennt de ces affections, une rééducation fonctionnelle correctement conduite. Si les stades de début ne posent pas de difficiles problèmes au rééducateur, les séquelles articulaires et ostéotendineuses qu'il est possible de constater après les poussées évolutives, ainsi que tout essai de rééducation au cours de la période séquellaire de la polyarthrite chronique rhumatismale, nous semblent être des indications à l'utilisation des myorésolutifs. Ils faciliteront souvent, la remise en position fonctionnelle, d'articulations sérieusement touchées par le processus inflammatoire.

A côté de la polyarthrite chronique rhumatismale et du syndrome de Fiessinger, Leroy, Reiter, dans ses atteintes périphériques, la spondylarthrite ankylosante, dans ses formes pelvo-rachidiennes, est aussi une importante indication d'utilisation de myorésolutifs. La rééducation fonctionnelle de tels malades semble, en effet, pouvoir être largement facilitée par l'association aux méthodes rééducatives de myorésolutifs.

— *Les rhumatismes ab-articulaires*, par l'importance des phénomènes musculo-tendineux qui existent au cours de leur évolution, sont aussi une excellente indication, particulièrement la périarthrite scapulo-humérale, non dans sa forme aiguë hyper-algique et dans ses formes d'épaule bloquée, mais dans la rééducation fonctionnelle des formes subaiguës enraidissantes.

— *La rééducation fonctionnelle des séquelles traumatiques*, par la composante musculaire qui est quasi-constante, nous a semblé être aussi une bonne indication quant à l'emploi de myorésolutifs.

— *Les affections neurologiques*, particulièrement la maladie de Parkinson, les séquelles d'hémiplégie et de paraplégie, dans leurs formes spasmodiques, sont, elles aussi, des indications des myorésolutifs. Cependant, dans ces cas-là, l'utilisation de doses beaucoup plus impor-

tantes nous a semblé nécessaire ; il est ainsi possible de freiner l'hypertonie musculaire inhérente à l'affection neurologique et de permettre une meilleure utilisation des possibilités rééducatives restantes. D'autre part, cette diminution de l'hypertonie, facilitant la mobilisation des membres ou des segments de membres atteints, nous a paru être une excellente prophylaxie des rhumatismes neurotrophiques.

CONCLUSIONS

Notre travail a porté sur l'étude des résultats obtenus par l'utilisation de la Chlormétazonone chez 70 malades atteints d'affections rhumatismales diverses.

— Il nous a été possible de constater une parfaite tolérance du produit ; aucun accident n'a été relevé.

— Nous avons utilisé la Chlormétazonone en association avec diverses thérapeutiques médicales et de façon quasi-constante avec des méthodes de rééducation fonctionnelle.

— Les résultats obtenus et qui découlent de nos observations nous ont paru incontestables, et une étude comparée, pour un nombre d'affections déterminées, de la durée moyenne d'hospitalisation, nous a permis de constater que l'adjonction de ce médicament a contribué à raccourcir la durée moyenne d'hospitalisation.

— L'utilisation des myorésolutifs en rhumatologie et en rééducation fonctionnelle, par les résultats intéressants qu'il nous a été donné de constater, semble devoir être poursuivie et faciliter la lutte contre les séquelles fonctionnelles qui sont l'apanage si fréquent des maladies rhumatismales.

Vu: *Le Président de thèse,*

R. RUFFIE

Vu: *Le Doyen,*

LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer:

Toulouse, le 28 mai 1962

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Bastian J.W., Krause W.E., Rildon S.A. and Ercoli N. CNS drug specificity as determined by the mouse intravenous pentylnetetrazol technique. *J. Pharmacol. a. exp. therap., 127*, 75-80 (1959).

2. Carter C.H. — Clinical and laboratory observations with a new muscle relaxant (Trancopal) in athetosis. *J. Florida Med. Assoc., 46*, 709-712 (1959).

3. Ganz S.E. — Clinical evaluation of a new muscle relaxant (Chlormethazanone). *J. Indiana Med. Assoc., 52*, 1134-1136 (1959).

4. Gesler R.M. and Coulston F. — Pharmacologic and toxicologic studies of two new centrally acting skeletal muscle relaxants, chlormethazanone and dichlormethazanone. *Toxicol. a. Applied Pharmacol., 1*, 168-184 (1959).

5. Gesler R.M. and Surrey A.R. — The central depressant profile of some substituted metathiazanones. *J. Pharmacol. a. Exp. Therap., 122*, 517-524 (1958).

6. Gohring K. — Vortrag auf der Jahrestagung 1960 der Bayerischen Chirurgenvereinigung.

7. Grab W. — Vortrag auf dem Süddeustschen Orthopäden-Kongreb in Baden-Baden am 1-5-1960.

8. Gruenberg F. — Chlormezanone (Trancopal) in musculaskeletal disorders. *Current therap. Res. 2*, 1-5 (1960).

9. Kearney R.D. — Use of trancopal as a muscle relaxant and tranquilizer in industrial medicine. Clinical experience in 220 patients. *Current Therap. res., 2*, 127-131 (1960).

10. Lichtman A.L. — New developments in muscle relaxant therapy. *Kentucky Acad. Gen. Pract. J., 4*, 28-33 (1958).

11. Lynes T.K. — A comparative study of some interneuronal blocking agents. *Fed. Proc., 18*, 417 (1959).

12. Mullin W.G. and Epifano L. — Clormezanone a tranquilizing agent with potent skeletal muscle relaxant properties. *Amer. Pract., 10*, 1743-1747 (1959).

13. Denyse D.L. — Chlormethazanone as a skeletal muscle relaxant. *Med. Times, 87*, 1512-1514 (1959).

14. Rogers E.J. — Treatment of muscle spasm with physical therapy and a central relaxant (Trancopal). *Arch. Phys. Med. a. Rehabil., 40*, 262 (1959).

15. Shanaphy J.F. and Donovan R.J. — Chormezanone (Trancopal) in the treatment of dysmenorrhea. *Current Therap. Res., 1*, 59-63 (1959).

16. Stough A.R. — The treatment of primary dysmenorrhea with chlormezanone (Trancopal). *J. Oklahoma Med. Assoc., 52*, 575-578 (1959).

17. Surrey A.R., Webb W.G. and Gesler R.M. — The preparation of some 2-aryl-4-metathiazanones. *J. Am. Chem. Soc., 80*, 3469-3472 (1958).

18. Thom H. — Ergebnisse vergleichender Prüfung neuartiger Myotonolytika bei der Behandlung der infantilen Zerebralparese. *Med. Welt*, *8*, 432-436 (1960).

19. Torres F., Sandler B. and Torres *T.* de. — The masurement of spasticity. Description of a method and evaluation of a drug: Trancopal. *Minnesota Med.*, *43*, 16-47 (1960).

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, rue de la Pomme
1962